



1

Name Vorname Geburtsdatum
 Vorheriger Zahnarzt Datum der letzten Untersuchung (Monat, Jahr)
 Datum des letzten Röntgenbildes (Monat, Jahr) Datum der letzten Zahnbehandlung (außer professionelle Zahnreinigung) (Monat, Jahr)
 Ich sehe meinen Zahnarzt regelmäßig alle Monate Was ist Ihre unmittelbare Sorge?
 Wie würden Sie den Zustand ihres Mundes bewerten? sehr gut gut befriedigend ausreichend

2

Persönliche Vorgeschichte

1. Haben Sie Angst vor zahnärztlicher Behandlung? nein ja Wie ängstlich sind Sie, auf einer Skala von 1 bis 5? nicht 1 2 3 4 5 sehr nein ja
 2. Hatten Sie schon einmal eine unangenehme Erfahrung bei einer Zahnbehandlung? nein ja
 3. Hatten Sie jemals Komplikationen bei einer vergangenen Zahnbehandlung? nein ja
 4. Hatten Sie jemals Probleme bei der Verabreichung einer Betäubungsspritzen? nein ja
 5. Hatten Sie eine Zahnsperre, eine kieferorthopädische Behandlung oder wurde Ihr Kiefer operativ angepasst? nein ja
 6. Wurden Ihnen jemals Zähne entfernt oder fehlen Ihnen Zähne die sich nie entwickelt haben? nein ja

3

Zahnfleisch und Knochen

7. Blutet Ihr Zahnfleisch, schmerzt es während des Zähneputzens oder der Benutzung von Zahnseide? nein ja
 8. Wurden Sie jemals wegen einer Zahnfleischerkrankung behandelt oder haben Sie bemerkt, dass Knochen um Ihre Zähne zurückgegangen ist? nein ja
 9. Haben Sie jemals einen unangenehmen Geschmack oder Geruch in Ihrem Mund festgestellt? nein ja
 10. Gibt es jemanden mit einer Parodontalerkrankung in Ihrer Familie? nein ja
 11. Haben Sie jemals eine Zahnfleischrückbildung bei Ihnen bemerkt? nein ja
 12. Sind ihre Zähne jemals von alleine locker geworden, oder haben Sie Schwierigkeiten einen Apfel zu essen? nein ja
 13. Haben Sie ein brennendes oder schmerzhaftes Gefühl in Ihrem Mund, unabhängig von Ihren Zähnen? nein ja

4

Zahnstruktur

14. Hatten Sie in den letzten 3 Jahren Karies? nein ja
 15. Scheint die Speichelmenge in Ihrem Mund zu wenig oder haben Sie Schwierigkeiten beim Schlucken? nein ja
 16. Fühlen oder bemerken Sie irgendwelche Löcher auf der Kaufläche Ihrer Zähne? nein ja
 17. Sind irgendwelche Zähne empfindlich bei Hitze, Kälte, beim Kauen, bei Süßem oder verhindern Sie es bestimmte Bereiche in Ihrem Mund zu putzen? nein ja
 18. Haben Sie Rillen oder Kerben am Übergang des Zahnfleisches zu den Zähnen? nein ja
 19. Hatten Sie jemals kaputte Zähne, abgebrochene Zähne, Zahnschmerzen oder eine rissige Füllung? nein ja
 20. Bleibt Ihnen ständig Essen zwischen den Zähnen stecken? nein ja

5

Biss und Kiefergelenk

21. Haben Sie Probleme mit Ihrem Kiefergelenk? (Schmerzen, Geräusche, begrenztes Öffnen, Sperren, Knacken) nein ja
 22. Haben Sie Probleme mit dem Kauen von Kaugummi, Karotten, Nüssen oder anderen harten Lebensmitteln? nein ja
 23. Haben sich Ihre Zähne in den letzten 5 Jahren verändert, sind kürzer geworden, dünner oder abgenutzt? nein ja
 24. Sind ihre Zähne schief, eng, oder überlappen sie? nein ja
 25. Entwickeln sich Lücken oder werden Ihre Zähne lockerer? nein ja
 26. Haben Sie eine gewohnte Bissposition oder beißen Sie in verschiedenen Positionen zu? nein ja
 27. Legen Sie manchmal Ihre Zunge zwischen Ihre Zähne? nein ja
 28. Kauen Sie Eis oder an Ihren Nägeln, benutzen Sie Ihre Zähne um Gegenstände zu halten, oder haben Sie andere Gewohnheiten mit Ihren Zähnen? nein ja
 29. Pressen Sie tagsüber Ihre Zähne zusammen? nein ja
 30. Haben Sie irgendwelche Probleme mit Ihrem Schlaf (z.B. Unruhe), wachen Sie mit Kopfschmerzen auf oder mit dem Gefühl dass Sie geknirscht haben? nein ja
 31. Tragen sie eine Bisschiene oder haben sie jemals eine getragen? nein ja

6

Lächeln

32. Gibt es etwas, dass Sie am Aussehen Ihrer Zähne ändern wollen? nein ja
 33. Haben Sie jemals Ihre Zähne aufhellen (Bleichen) lassen? nein ja
 34. Haben Sie sich jemals unwohl oder unsicher mit dem Aussehen ihrer Zähne gefühlt? nein ja
 35. Waren Sie jemals unzufrieden mit dem Aussehen vorheriger zahnärztlichen Restaurationen? (Füllungen, Kronen, Brücken) nein ja

Datum Unterschrift